

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N^o —

154

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 mars 1891, à 1 heure

PAR

Jules BENGUÉ

Né à Herrère (Basses-Pyrénées), le 7 novembre 1863

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ŒDÈMES RHUMATISMAUX

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : $\left. \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{TERRILLON, professeur.} \\ \text{A. ROBIN, CHAUFFARD, agrégés.} \end{array} \right\}$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVÉ

15, rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

154

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 mars 1891, à 1 heure

PAR

Jules BENGUÉ

Né à Herrère (Basses-Pyrénées), le 7 novembre 1863

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ŒDÈMES

RHUMATISMAUX

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{TERRILLON, professeur.} \\ \text{A. ROBIN, CHAUFFARD, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVÉ

15, rue Racine, 15

1891

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0030

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUD.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ STRAUS
	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	REITTERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Parmi les accidents abarticulaires que l'on rencontre dans les différents rhumatismes, tant aigu que subaigu et chronique, les œdèmes tiennent une place intéressante. Nous ne voulons pas parler des manifestations œdémateuses périarticulaires, qui ne sont en quelque sorte que l'extension de l'arthrite du voisinage, mais bien des œdèmes primitifs frappant le tissu conjonctif sous-cutané et souvent loin de toute articulation. Du reste, cette manifestation ne saurait nous surprendre, tout le monde connaît la prédilection du rhumatisme pour les séreuses. Or, le tissu conjonctif sous-cutané n'est autre chose qu'une vaste séreuse, séreuse cloisonnée comme l'appelle Ranvier, permettant le glissement des téguments, se transformant même en séreuse circonscrite aux points où ce glissement est fréquemment répété. Ce tissu cellulaire n'offrant pas de différence essentielle avec le tissu des séreuses, comme ce dernier, il se trouve en butte, aux mêmes influences pathogènes.

C'est ce que nous avons pu constater et ce que nous rapportons dans l'histoire des malades que nous avons observés, le premier à l'Hôtel-Dieu annexé dans le service du docteur Chantemesse, le deuxième chez M. le docteur Lanceraux, à la Pitié, les deux autres à la Charité.

Nous fûmes frappés de ces localisations rhumatismales abarticulaires et nous entreprîmes alors ce travail, qui, s'il n'a pas la prétention d'éclairer un point nouveau de pathologie générale, apporte des arguments et son modeste tribut, à l'étude des œdèmes rhumatismaux.

Avant de commencer l'exposition de notre thèse, qu'il nous soit permis d'exprimer nos remerciements et d'assurer de toute notre reconnaissance nos premiers maîtres de Bordeaux, MM. les professeurs Picot et Badal, qui ont bien voulu guider nos premiers pas dans les études médicales ; MM. les docteurs Lanceraux et Chantemesse médecins des hôpitaux dont nous nous souviendrons toujours des bonnes leçons reçues pendant les trop courts instants que nous avons pu passer dans leur service. M. le docteur Desnos a aussi droit à toute notre reconnaissance pour les renseignements qu'il nous a fournis sur l'œdème du rhumatisme chronique. Enfin nous remercions d'une façon toute particulière M. le professeur Potain qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

L'étude des œdèmes rhumatismaux ne date que de quelques années. Cependant, si on consulte les auteurs anciens, on voit, signalés par eux, des œdèmes dans le cours du rhumatisme. Mais on ne les considèrerait pas comme étant des manifestations rhumatismales. Chomel prétend que l'œdème relève toujours dans le rhumatisme, soit de l'arthrite, soit d'une lésion viscérale.

Bouillaud attribue l'œdème à une altération des veines. Monneret est le premier qui, dans son traité de pathologie, admet la localisation du rhumatisme dans le tissu cellulaire, sous la forme de tuméfaction œdémateuse.

Fernet et Ferrant sont encore plus explicites et ils citent plusieurs cas d'œdème aigu.

Plus récemment (1875), Kirmisson publie un cas de pseudo-phlegmon, observé dans le service de M. Guyon.

Combey, en 1880, contribue aussi à l'étude de l'œdème rhumatismal, en publiant quelques observations personnelles.

Ce sujet a inspiré quelques thèses qui sont :

Thèse de Davaine (Paris, 1879). Œdème rhumatismal et nodosités éphémères rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané.

Thèse Testelin (Paris, 1884). Des œdèmes dans la diathèse arthritique.

Thèse de Chuffard (1886). Du rhumatisme dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans les travaux des auteurs que nous venons de citer, il s'agit le plus souvent de l'œdème rhumatismal aigu. L'œdème rhumatismal chronique a été plus tardivement étudié. En novembre 1879, M. le professeur Verneuil attirait l'attention sur une nouvelle maladie qu'il décrivait sous le nom de pseudo-lipomes sus-claviculaires. M. le professeur Potain l'avait déjà devancé; il avait fait, quelques années auparavant, une leçon de clinique à Necker sur cette maladie.

Au mois d'octobre 1882, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, M. Potain donna une description exacte et complète de l'œdème rhumatismal et des pseudolipomes qui ne sont qu'un œdème circonscrit.

Il considère ces manifestations morbides comme étant de nature rhumatismale et sous la dépendance du système nerveux.

Enfin, tout récemment, M. le docteur Desnos a lu à la société médicale des hôpitaux un mémoire sur l'œdème rhumatismal chronique, où il établit les caractères de cet œdème et montre comment on peut arriver à le différencier des autres œdèmes à origine différente. Nous avons puisé dans ce mémoire de nombreux renseignements.

Il nous reste à faire l'historique des nodosités sous-cutanées arthritiques, qui doivent être rattachées à l'œdème rhumatismal chronique.

Froriep est le premier qui ait parlé des nodosités rhumatismales ; mais l'attention des médecins sur cette affection a été surtout attirée par M. Jaccoud, qui en donne la description dans son traité de pathologie.

Depuis, M. Meynet de Lyon, publia un cas de nodosités durables (1875).

En 1879, M. Féréol fait connaître une curieuse observation de nodosités éphémères ; nous la reproduisons plus loin. M. Besnier, dans le dictionnaire encyclopédique, à l'article rhumatisme, consacre quelques lignes aux nodosités de l'arthritisme.

Une description complète des nodosités éphémères et durables, a été faite par MM. Troisier et Brocq ; M. Troisier, en 1883, lut un mémoire à la société médicale des hôpitaux, où il traitait ce sujet.

Ils attribuent ces nodosités à des œdèmes passagers ou chroniques du tissu sous-cutané.

Plus tard, M. Brissaud, porta son tribut à l'étude de ces manifestations arthritiques dans un mémoire publié par la revue de médecine, 1885.

OEDÈME RHUMATISMAL AIGU.

L'œdème rhumatismal peut se manifester dans les diverses variétés de rhumatisme : rhumatisme articulaire aigu, subaigu et chronique. Au point de vue clinique, nous pouvons considérer l'œdème rhumatismal aigu et l'œdème rhumatismal chronique. A ce dernier nous rattacherons l'étude des pseudo-lipomes et des nodosités sous-cutanées qui sont des variétés circonscrites d'œdème chronique.

ŒDÈME AIGU. — SYMPTOMATOLOGIE.

L'œdème aigu peut affecter plusieurs formes : tantôt il se présente avec toutes les apparences d'un phlegmon et prend le nom de pseudo-phlegmon, tantôt les symptômes inflammatoires sont moins accentués que dans le pseudo-phlegmon, mais la peau présente une légère coloration rosée, et, dans les cas où les douleurs ne sont point spontanées, la pression y provoque une douleur vive. D'autres fois l'œdème peut ne pas présenter de troubles de coloration de la peau et provoquer des souffrances vives ; il simule la phlegmatia alba dolens.

Le début est ordinairement brusque, tantôt il précède les douleurs articulaires, tantôt il coïncide avec ces dernières, tantôt il vient après, quelquefois même il existe sans aucune manifestation articulaire.

Comme siège, il peut affecter toutes les régions, il atteint le tronc, la face, mais principalement les membres ; au lieu d'être localisé à un seul, il peut les frapper tous quatre ou bien se borner aux membres inférieurs et au tronc.

Comme durée, l'œdème présente la mobilité qui caractérise les manifestations rhumatismales. Il peut appa-

raître, disparaître, puis reparaître successivement, se montrer sur quelques points et se reformer sur d'autres. Tantôt il n'a qu'une durée éphémère, tantôt il se résout graduellement sans laisser aucune trace de son passage.

DIAGNOSTIC.

Capricieux dans ses allures, variable dans ses formes, l'œdème rhumatismal aigu ne présente point de caractères spécifiques ; on peut cependant lui reconnaître plus de dureté, plus de fermeté, plus de résistance que dans les œdèmes ayant d'autres origines. Pour établir son diagnostic, on est souvent obligé de procéder par exclusion.

Quand l'affection se présente avec toutes les apparences d'un phlegmon, le diagnostic est souvent difficile, et maintes fois, ces malades ont été envoyés dans des services de chirurgie. Toute erreur pourra être évitée si on ne trouve aucune cause ayant pu provoquer un phlegmon, si on se rappelle que le pseudo-phlegmon n'offre jamais de fluctuation et ne donne jamais lieu à des lymphangites. Si de plus, le malade a déjà eu des attaques de rhumatisme, ou bien si des douleurs articulaires plus ou moins vives précèdent, accompagnent ou surviennent après la formation du pseudo-phlegmon, toute hésitation est impossible. Dans les cas où l'œdème se présente sous l'aspect d'un phlegmon diffus, comme par exemple dans l'observation n° 1, où l'œdème se manifeste sur la partie dorsale de la main, on s'appuiera sur les raisons déjà données pour faire le diagnostic, et l'on pourra

également invoquer en faveur du rhumatisme le bilatéralité de l'œdème qui existe dans ce cas et qui empêche de songer à un phlegmon de la main.

Quand l'œdème est blanc, dur, douloureux, il ressemble à l'œdème de la *phlegmatia alba dolens*. Mais on remarquera que dans la *phlegmatia* il existe souvent de la douleur à la pression, ou même un cordon induré sur le trajet des principales veines, et, d'ordinaire, il se fait sur le membre malade une circulation veineuse, superficielle, complémentaire. On ne songera pas d'ailleurs à une phlébite si on ne trouve aucune des causes qui peuvent l'engendrer : grossesse, accidents puerpéraux, maladies cachectiques (phtisie, cancer, chlorose, etc.). L'œdème rhumatismal est souvent bi-latéral, la *phlegmatia alba dolens* est ordinairement uni-latérale, quoique pouvant par exception être bi-latérale.

La poussée articulaire coïncide quelquefois avec des exanthèmes divers, tels que le purpura, l'urticaire et l'érythème noueux et dans ces cas, on peut être embarrassé pour dire si l'œdème est secondaire à la lésion cutanée, ou bien s'il est, au même titre que cette dernière, sous la dépendance de la diathèse rhumatismale. L'urticaire et le purpura sont souvent des causes d'œdème.

L'urticaire se reconnaîtra au prurit et aux papules. Quant au purpura, parmi les nombreuses variétés que l'on compte, et qui toutes sont symptomatiques des états morbides les plus divers, une seule est accompagnée d'œdème, c'est le purpura exanthématique rhumatoïde ou

purpura exanthématique seulement, qui est de nature rhumatismale.

On peut en conclure que l'œdème n'est pas secondaire à l'éruption cutanée, mais dépend bien du rhumatisme. S'il en était autrement, il n'y aurait pas de raison pour que les autres variétés de purpura ne fussent pas compliquées d'œdème.

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'œdème en lui-même est bénin. Jamais en effet cette manifestation du rhumatisme articulaire aigu ne se termine par suppuration, aucune complication locale n'est à redouter. Mais doit-on considérer cette localisation de la fièvre rhumatismale comme d'un bon pronostic général et est-il permis de croire que là se bornera toute atteinte des rhumatisme? Evidemment non. Le malade, atteint d'œdème rhumatismal aigu, devra toujours redouter les complications, mieux vaut dire les manifestations viscérales de la polyarthrite fébrile, et le pronostic restera le même que dans les localisations ordinaires du rhumatisme articulaire aigu.

Nous pourrions encore ranger parmi les œdèmes du rhumatisme articulaire aigu, l'érythème noueux, qui survient si souvent au cours de cette affection. Mais l'on est encore trop peu éclairé sur l'origine de cet érythème et sa pathogénie est encore trop discutée pour que nous nous permettions d'en faire une simple manifestation œdémateuse du rhumatisme aigu. Contentons-nous de le signaler.

Traitement. — Le médicament qui donne le meilleur résultat dans le traitement de l'œdème aigu est le salicy-

late de soude. Nous verrons qu'il en est de même dans l'œdème chronique. Il ne faudra donc pas, influencés par les apparences d'inflammation vive, que présente l'affection, instituer de médication anti-phlogistique, comme cataplasme, liniments calmants ; le résultat serait à peu près nul, tandis que trois à quatre grammes de salicylate par jour font promptement disparaître et tuméfaction et inflammation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Personnelle*).

Rob Georges, âgé de 48 ans, chaudronnier, entré le 27 novembre à l'Hôtel-Dieu annexe salle Saint-Antoine. Lit 25. Antécédents héréditaires. Père bien portant. Mère atteinte de bronchite chronique.

Antécédents personnels. A 32 ans il fut victime d'un accident où il se rompit l'urèthre. Une ponction de la vessie et l'uréthrotomie externe lui furent pratiquées ; il lui reste depuis une légère fistule périnéale. C'est là tout son passé pathologique.

Vers le 10 novembre, le malade fut pris de douleurs dans les coudes, pendant qu'il travaillait au déchargement des bateaux sur le port. Ces douleurs se manifestèrent bientôt dans les articulations du membre supérieur. En même temps, une fièvre ardente se déclarait, le malade était pris d'étourdissement. Les douleurs du coude ne tardent pas à disparaître ; mais aussitôt, les mains du malade devinrent œdémateuses et de nouvelles douleurs furent ressenties dans les doigts :

Les douleurs des jambes durèrent un peu plus. Le malade rentra à l'hôpital.

Là, dès le surlendemain de son entrée, la fièvre tombait et les douleurs articulaires du membre inférieur disparaissaient.

Les mains du malade présentaient sur la face dorsale un engorgement du tissu cellulaire sous-cutané qui, s'il n'eût été bilatéral, aurait pu faire songer à un phlegmon de la main.

La peau est rouge, écailleuse, luisante et ressemble un peu à la peau du dos des mains dans la pellagre. Sur le bord cubital du dos des mains étaient de petites taches circulaires érythémateuses, d'un rouge très foncé, qui faisaient particulièrement souffrir le malade.

Dès le premier décembre, l'œdème diminue considérablement, la peau dorsale de la main, moins distendue, se plisse, tout en restant luisante et rouge. Les taches rouges foncées deviennent brunes mais sont encore un peu douloureuses.

6 décembre. — Le malade n'a plus de douleurs. L'œdème a complètement disparu, la peau est écailleuse, lisse, se fendille et se desquame même par place. Les taches érythémateuses sont brunes et s'exfolient. Aucune manifestation viscérale n'a été notée au cours de la maladie.

Dès son entrée à l'hôpital, le malade a pris tous les jours du salicylate de soude.

8 décembre. — La desquamation de la surface des mains est complète. Le malade n'a plus de douleurs et peut être considéré comme guéri.

L'analyse des urines a été faite plusieurs fois pendant le cours de la maladie et on a toujours constaté l'absence de sucre et d'albumine.

OBSERVATION II (*Personnelle*).

Félicie P. âgée de 44 ans, concierge, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lorain, lit 4, le 24 juin 1890. Elle est sujette

fréquemment a des migraines, à des angines, et à de l'acné de la face. Elle a déjà eu deux attaques de rhumatisme. La première remonte à 15 ans, la malade avait 29 ans. Toutes les jointures furent prises ; celles des membres inférieurs furent le plus fortement frappées. Cette attaque dura cinq mois.

Il y a cinq ans, deuxième attaque de rhumatisme ; cette fois toutes les jointures furent également frappées. De plus, survient un lumbago qui fut très douloureux et forçait la malade à marcher courbée. Cette attaque dura trois mois.

Il y a trois semaines, la malade fut prise d'un mal de gorge et d'un œdème rosé qui occupait la joue et les paupières droites, l'occlusion de l'œil était presque complète. La peau était brillante, la soif vive, la déglutition difficile, l'inappétence presque complète.

Le sommeil devint léger et la céphalalgie se montra. Courbature. Puis au bout de quatre jours survinrent un œdème des membres supérieurs et des membres inférieurs, une diarrhée légère. La malade raconte que depuis deux ans elle est soumise à des travaux pénibles et à une nourriture insuffisante. Elle est maigre.

La joue et les paupières droites présentent encore un peu de gonflement.

Aux membres supérieurs, l'œdème occupe le coude et la moitié inférieure du bras. Il est plus prononcé au bras gauche qu'au droit, il occupe surtout la région postérieure. La peau est rosée, lisse, chaude ; les tissus se laissent légèrement déprimer par le doigt et offrent la résistance de l'œdème rétif. Cette manœuvre s'accompagne d'une douleur assez vive. Les saillies et les dépressions, encore appréciables au coude droit, ont disparu au coude gauche.

Les mouvements du coude droit sont possibles quoique un peu douloureux. Ceux du coude gauche, très douloureux, impossibles au premier abord, si l'on saisit le membre au niveau des parties œdématisées, deviennent possibles quand on ne presse pas sur les parties douloureuses, ce qui prouve que l'œdème est périarticulaire et que l'articulation est intacte ou peu lésée.

Aux membres inférieurs, on constate un œdème de la face dorsale des pieds et du tiers inférieur de la jambe, il est plus prononcé à gauche qu'à droite, mais moins considérable qu'aux membres supérieurs. Il présente les mêmes caractères que sur ces derniers.

Le malade se plaint au coup du pied d'une douleur assez vive qui a nécessité son transport sur un brancard à l'hôpital.

L'examen de la gorge montre le voile du palais et les piliers encore rouges, néanmoins depuis quelques jours la déglutition est plus facile.

On constate une dilatation des veines de la jambe, sans varicosités, la dérivation en dehors des gros orteils, une dystrophie des ongles, des oignons et des durillons.

Les poumons sont le siège de râles fins de congestion. Les crachats peu abondants sont légèrement sanguinolents. Rien de particulier au cœur. Les artères temporales sont saillantes, la radiale est un peu dure et se tend fortement.

Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine, leur densité est de 1012.

La température est de 38.5. On donne l'antipyrine à la dose de trois grammes.

26 juin. — Depuis trois jours, sueurs abondantes, les phénomènes fluxionnaires sont plus accentués et les douleurs plus vives,

Apparition de sudamina sur la poitrine et l'abdomen.

Le bras gauche est moins enflé et les mouvements du coude sont plus faciles. Au bras droit et aux jambes, l'œdème n'a pas varié.

29 juin. — Le poignet gauche est douloureux est tuméfié. Les masses musculaires des cuisses et des jambes sont le siège de douleurs.

La malade se plaint de mal dormir, on lui donne une pilule de cynoglose.

30 juin. — Point de côté très douloureux à gauche, dans l'aisselle, frottements secs au même niveau et perçus à la palpation.

1^{er} juillet. — Persistance du point de côté et des frottements.

3 juillet. — Toujours point de côté très douloureux. Râles et frottements dans poumon gauche.

4 juillet. — La température, qui jusqu'ici avait oscillé entre 39.6 le soir et 38 le matin, monte ce soir à 40°5 et survient un frisson très violent.

5 juillet. — On entend dans le poumon gauche des râles sous-crépitants très nombreux surtout à la base. On applique 30 ventouses sèches, l'antipyrine est supprimée et on donne une potion à l'acétate d'ammoniaque et au sirop d'éther. La paupière supérieure est légèrement enflée.

7 juillet. — Toute la face est enflée, l'œil droit ne peut être ouvert.

La joue gauche est un peu douloureuse et rouge, pas de bourrelet érysipélateux. Céphalagie peu intense. Le point de côté a diminué, la respiration est plus facile.

9 juillet. — Diminution de l'œdème des paupières. Toujours un léger point de côté à gauche.

10 juillet. — Disparition presque complète de l'œdème des membres et de la face. Les yeux s'ouvrent facilement, la malade se trouve mieux.

Mais apparition d'un érythème symétrique des membres sous forme de plaques rouges, dures, sans prurit. Les plaques les plus petites ont l'étendue d'une pièce d'un franc, les plus larges celle d'une pièce de cinq francs.

Cette éruption est plus prononcée aux bras qu'aux jambes et plus au bras gauche qu'au bras droit. On lui donne deux grammes d'extrait de quinquina.

11 juillet. — Même état de l'éruption. Antipyrine, 3 gr. 50.

18 juillet. — Il y a 4 jours, disparition des plaques d'érythème qui n'ont pas laissé de nodosités comme à la suite de l'érythème noueux et n'ont pas desquamé la peau. Légère douleur dans le coude et les doigts de la main gauche. Douleurs vagues dans le bras droit. Sueurs assez abondantes.

22 juillet. — Transpiration moindre, douleur dans l'épaule gauche.

La malade se lève pour la deuxième fois.

24 juillet. — Douleurs vagues dans les bras.

Poussée d'acné au visage.

A partir de cette époque, l'amélioration s'accroît tous les jours et la malade sort de l'hôpital vers les premiers jours du mois d'août.

OBSERVATION III

Pseudo-phlegmon rhumatismal (Thèse Testelin, 1884).

Alavoine Auguste, 51 ans, journalier, entré le 14 mai 1884, à l'hôpital St-Louis, service de M. Péan.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Bonne santé habituelle, bonne constitution.

Il y a 8 jours, à la suite d'un travail pénible, il est pris brusquement d'un gonflement douloureux des deux avant-bras et des mains, qui l'oblige à suspendre son travail, sous l'influence du repos, les phénomènes inflammatoires disparaissent à gauche, mais ils persistent à droite et forcent le malade à venir demander son admission à l'hôpital.

Tout l'avant-bras droit et la main sont le siège d'un œdème douloureux, rouge, chaud, résistant, sans aucun point fluctuant.

L'état général est sérieux, fièvre, anorexie. Courbature.

Température locale, à droite 38,6, à gauche 36,8.

Purgatif. Salicylate 3 gr. Baume tranquille et ouate.

16. — Amélioration de l'état général, douleur au niveau de la région radio-cubitale supérieure.

20. — Disparition presque complète de l'œdème, 2 juin exeat.

OBSERVATION IV (*Thèse Testelin*).

Courtay Marie, 22 ans, couturière, entrée le 31 mars, salle Sainte-Adélaïde, n° 10. Bien portante étant jeune, bons antécédents.

Il y a un an pleurésie droite aiguë dont il reste encore des traces.

Il y a six mois, quelques douleurs articulaires, la malade est mal réglée.

Il y a huit jours, léger mouvement fébrile, apparition d'un œdème des paupières de l'œil droit.

Il y a trois jours, l'œil gauche se prend à son tour en même temps que les conjonctives sont le siège d'une inflammation intense.

1^{er} avril. — La face est bouffie, légèrement douloureuse, le ganglion cervical gauche est volumineux.

2 avril. — Nombreuses nodosités autour de l'articulation temporo-maxillaire gauche, la peau n'a pas changé de couleur, les nodosités sont dures, rénitentes, très peu douloureuses. Néanmoins les mouvements de l'articulation sont assez difficiles.

La vue est trouble, à droite la conjonctivité persiste.

3 avril. — Même état, salicylate de soude, 6 grammes.

6 avril. — Diminution de la conjonctivite, l'œdème de la face a presque complètement disparu.

L'articulation temporo-maxillaire est plus libre dans ses mouvements, néanmoins les nodosités ont peu diminué de volume.

On continue le salicylate.

15 avril. — Les symptômes qui s'étaient très amendés apparaissent de nouveau.

La face est de nouveau œdématiée, salicylate.

17 avril. — Disparition de l'œdème facial, l'articulation temporo-maxillaire ne présente plus que quelques petits points indurés.

25 avril. — Guérison. Exéat.

OBSERVATION V (*Thèse Testelin*).

N... Marie, 23 ans, journalière, entrée le 18 juillet, salle Ste Adelaïde, n° 1.

Père rhumatisant.

Mère bien portante.

Bonne santé habituelle, il y a deux ans, première attaque de rhumatisme articulaire aigu dans le pied droit et dans le poignet gauche. Cet accès dure trois mois.

Il y a quelques jours, apparaît un œdème blanc, rénitent des paupières, cet œdème disparaît, mais les membres inférieurs sont à leur tour le siège d'un œdème étendu qui subsiste encore aujourd'hui.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le cœur ne présente rien d'anormal.

25 juillet. — Les paupières et la face sont de nouveau le siège d'un œdème assez considérable, sans rougeur, sans changement de coloration, élastique.

Nouvel examen des urines. Toujours pas d'albumine, un peu de purpurine.

Globules 3.220.000 rouges, 6.000 blancs.

28 juillet. — L'œdème facial diminue.

2 août. — L'œdème a disparu, quelques douleurs dans les chevilles, avec léger œdème périphérique.

OBSERVATION VI (*Kirmisson*).

Femme, 25 ans, entrée le 14 décembre 1875, à l'hôpital Necker, salle St-Pauline, n° 3. Elle avait été placée d'abord dans un service de chirurgie comme atteinte d'un phlegmon du membre supérieur gauche.

En effet, à l'entrée de la malade le membre présentait une tuméfaction générale avec rougeur et chaleur de la peau qui, sous la pression du doigt présentait le godet caractéristique

de l'œdème. Mais nulle part on ne pouvait constater de fluctuation, la malade accusait de vives douleurs. La forme particulière de la tuméfaction fit diagnostiquer à M. Guyon un œdème rhumatismal. Les antécédents de la malade étaient d'ailleurs en faveur de cette opinion. A l'âge de 16 ans elle avait eu un rhumatisme articulaire aigu. Son état actuel datait de 3 jours.

Il avait débuté par des douleurs dans le doigt médius droit. Bientôt survinrent du gonflement de la main correspondante, puis des douleurs vagues dans tout le corps. Deux jours après la malade ressentit des douleurs très violentes dans le membre supérieur qui présenta peu à peu un gonflement, d'abord au niveau du coude, puis dans toute l'étendue de la main, de l'avant-bras et du bras.

Dès son entrée à l'hôpital, la malade est traitée pendant cinq jours par des cataplasmes sans résultat appréciable.

Le 19 décembre, compression ouatée suivie d'une diminution sensible des douleurs, en même temps que le membre perdait de son volume.

Le 29, c'est-à-dire après quinze jours de traitement, l'œdème a complètement disparu et la marche de la maladie est venue confirmer le diagnostic porté au début. En effet, à mesure que la tuméfaction disparaissait dans la continuité du membre ; elle se localisait au niveau de l'articulation du coude qui a été pendant quelques jours le siège d'un épanchement assez abondant. Actuellement cet épanchement s'est lui-même dissipé, mais il existe des douleurs articulaires portant sur les genoux, qui sont une nouvelle preuve de la nature rhumatismale de l'affection.

ŒDÈME RHUMATISMAL CHRONIQUE

L'œdème rhumastimal chronique n'est pas accompagné, comme dans la polyarthrite fébrile, de symptômes généraux inflammatoires, fièvre, douleur, rougeur, chaleur, il se présente le plus souvent avec toutes les apparences d'un œdème sthénique. Il n'offre pas de réaction locale. Plus ou moins rénitent comme tout œdème sthénique, il n'est douloureux ni spontanément, ni à la pression. Les téguments ne présentent pas de rougeur à son niveau, la température n'est pas accrue. Il ne se distingue par aucun de ses caractères intrinsèques ni de l'œdème *a frigore*, sans intervention du rhumatisme ni des œdèmes aigus qui signalent le cours des néphrites. Il peut coïncider avec les manifestations articulaires, les précéder ou les suivre. Souvent, la diathèse rhumatismale ne s'est manifestée chez le sujet atteint que par des douleurs vagues dans les muscles, ou par quelques tuméfactions chroniques plus ou moins douloureuses, d'une ou plusieurs jointures, quelquefois même on est obligé de chercher la signature de l'arthristisme dans l'hérédité directe ou collatérale ; et, chose singulière, selon la remarque de M. Potain, le plus ordinairement dans la ligne maternelle. L'œdème rhumatismal chronique est surtout remarquable par sa dureté. Il est souvent diffi-

cile d'y produire par une pression de doigt, même fort énergique, la capsule caractéristique, parfois même cela est impossible.

Parfois, cependant, à côté de portions très indurées, on trouve un œdème plus ou moins mou et dépressible. L'explication donnée par M. Potain est la suivante : Tantôt la transudation séreuse se fait dans les mailles du tissu cellulaire et engendre un œdème mou, tantôt le liquide est infiltré dans le tissu cellulo-adipeux lui-même et l'on a l'œdème dur, rénitent, non dépressible, c'est une polysarcie séreuse. La tuméfaction peut prendre un développement considérable, mais s'arrête toujours assez brusquement au niveau d'un point déterminé, elle ne s'éteint pas par une dégradation insensible, ses limites, qui sont bien marquées, ne forment aucun rebord.

L'œdème rhumatismal chronique peut affecter toutes les parties du corps, mais atteint de préférence les membres supérieurs et inférieurs. Aux mains, l'œdème siégeant à la face dorsale, mais ne pouvant se développer au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes en raison de l'adhérence de la peau à ce niveau, constitue la main à fossettes fort appréciées au point de vue de la plastique, mais qui dénotent cependant une tare rhumatismale. Enfin, aux membres inférieurs, où il ne dépasse pas en général le niveau de la partie supérieure du genou, quoique les cuisses soient quelquefois envahies, il peut prendre des proportions considérables et rappeler aux jambes et aux pieds l'aspect de l'éléphantiasis des Arabes.

La durée de l'hypercrinie du tissu cellulaire peut n'être qu'éphémère, tels sont les œdèmes éphémères décrits par Chauvel et Négel ; le plus souvent l'évolution est assez longue et quelquefois même il présente une fixité désespérante.

Les stigmates du rhumatisme existant soit chez le sujet lui-même, soit chez ses descendants, les causes qui président volontiers à la genèse de l'œdème, plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, sont l'état névropathique, les ébranlements nerveux, l'impression du froid et les influences réflexes. Une cliente de M. Potain, dont il parle dans son mémoire, avait une petite ulcération au col de l'utérus qui engendra une anasarque généralisée, laquelle inspira de grandes inquiétudes ; la cautérisation et la guérison de l'ulcération amenèrent la disparition de l'œdème. Un simple trouble de l'innervation avait suffi pour provoquer le flux cellulaire. L'impressionnabilité du système nerveux de la femme nous explique pourquoi elle est plus souvent frappée par l'œdème rhumatismal et par des manifestations analogues, telles que pseudo-lipomes et nodosités sous-cutanées.

L'affection du tissu cellulaire ne se présente pas toujours avec les caractères indolents de l'hydropisie, elle est parfois accompagnée de phénomènes inflammatoires qui la rapprochent de l'œdème du rhumatisme articulaire aigu. Les poussées aiguës, fébriles, articulaires qui peuvent survenir chez les arthritiques nous expliquent cette

manifestation aiguë d'œdème rhumatismal chronique.
Toutefois l'inflammation n'atteint jamais le degré qu'elle
possède dans le pseudo-phlegmon.

DIAGNOSTIC

D'après M. Desnos, l'œdème rhumatismal chronique ne présente pas de caractères qui permettent de le différencier des autres variétés d'œdème qui accompagnent les altérations du cœur et des reins, des vaisseaux et les états cachectiques. Même sa dureté, qui est un de ses traits saillants, ne lui appartient pas en propre ; on la trouve aussi dans le myxœdème et l'éléphantiasis. Avant de diagnostiquer une manifestation de la diathèse rhumatismale sur le tissu cellulaire sous-cutané, il faudra s'assurer qu'il n'existe aucune autre cause ayant pu produire l'œdème. On examinera avec soin le cœur, on se rendra compte si ses bruits sont normaux, si son fonctionnement est régulier, si les gros vaisseaux sont intacts, s'il n'existe aucun anévrysme. Les lésions rénales seront écartées, si des analyses répétées de l'urine n'ont pas décelé des traces d'albumine. Toute hésitation est impossible si, avec un cœur et un rein en bon état, on trouve chez le malade quelques signes de l'arthritisme, tels que migraines, calvitie, névralgies, ostéophytes, cors, durillons, varices, etc., ou bien si l'hérédité accuse des antécédents rhumatismaux.

La confusion serait plus facile avec l'anasarque qui sur-

vient à la suite du froid, ou d'ingestion de boissons glacées sans lésions rénales. L'œdème arthritique et l'anasarque a frigore offrent plusieurs traits de ressemblance mais l'infiltration séreuse est ordinairement plus généralisée dans l'anasarque, l'évolution y est plus rapide que dans l'œdème rhumatismal. De plus on ne trouve jamais ici de lésions articulaires, les articulations sont toujours indemnes de toute douleur. L'étiologie de l'anasarque, le refroidissement, est évidente et le malade lui-même l'accusera, tandis que souvent l'hypercrinie, de nature rhumatismale, survient sans que le malade ait eu conscience de s'être refroidi.

L'œdème du myxœdème est celui qui offre le plus d'analogie avec l'œdème chronique rhumatismal. Il est dur, la pression du doigt ne parvient pas à déprimer la peau et à y former cupule, la peau qui le recouvre devient dure, épaisse et prend une teinte cireuse porcelainique ou un peu jaune. Mais l'aspect des personnes atteintes du myxœdème est tellement spécial, les troubles nerveux, caractérisés surtout par la prostration physique et intellectuelle, sont si évidents, qu'il est impossible de commettre une erreur.

« L'éléphantiasis des Arabes, qu'on peut rencontrer dans nos pays, ou éléphantiasis nostras, caractérisé par une tuméfaction énorme des régions atteintes, par un œdème dur, l'épaississement du tissu cellulaire et du derme, offre avec l'œdème rhumatismal, qui occupe les membres inférieurs, des points de ressemblance tels qu'ils rendent le diagnostic très difficile. En vain, dira-t-on que l'élé-

phantiasis est unilatéral, il peut être double ; qu'il s'accompagne d'adénopathies, de cordons lymphatiques indurés, ces adénopathies et ces cordons lymphatiques peuvent faire défaut surtout dans l'éléphantiasis de notre pays, comme le professe M. Besnier. Il n'est pas jusqu'aux crises douloureuses, rares ou fréquentes de l'éléphantiasis, qui ne rappellent le rhumatisme. » Desnos, Dans ces cas, la distinction des deux maladies devient très délicate.

L'urticaire se rencontre fréquemment chez les rhumatisants. Les arthritiques et surtout les arthritiques nerveux, sont souvent atteints d'urticaires chroniques (urticaire rhumatismale de Hard). Comme elle est une cause puissante d'œdème, il faudra s'assurer si elle n'existe pas chez le malade. D'ordinaire on reconnaît facilement l'urticaire à son prurit et à ses papules. Dans les cas douteux, la possibilité de provoquer l'urticaire factice chez les malades permettra de se prononcer. Lorsqu'un sujet est en puissance d'urticaire, il suffit du moindre frôlement de la peau pour provoquer l'éruption ; on peut donc par le frottement ou le contact, en faire naître à son gré.

Parmi les manifestations multiples de la goutte, nous trouvons aussi un œdème chronique, qui n'offre aucune différence clinique avec l'œdème rhumatismal. Pour faire la distinction des deux, il faut avoir recours aux symptômes divers qui nous permettent de distinguer la goutte du rhumatisme.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Les œdèmes qui représentent les manifestations de la diathèse rhumatismale sur le tissu cellulaire sous-cutané, n'ont aucune gravité pronostique. Ils peuvent disparaître sous l'influence d'un traitement rhumatismal ou bien durer longtemps sans porter des préjudices bien graves. Le meilleur traitement est celui de l'arthritisme (salicylade de soude), aidé de la compression. M. le docteur Desnos, après avoir essayé en vain le salicylate, le colchique, l'antipyriné etc. chez la malade qui est actuellement dans son service, a obtenu quelques résultats par les applications de boues sulfatées de Dax. L'œdème a considérablement diminué. Depuis plusieurs jours la malade est soumise au massage et l'amélioration déjà acquise prouve l'efficacité de cette médication.

OBSERVATION I

(Thèse Testelin, 1884).

Mme X... Bonne constitution. Tempérament nerveux. Il y a quatre mois, sans cause bien nette, Mme X... est atteinte d'un œdème de toute la partie antérieure du thorax. Œdème dur, rénitent, sans changement de coloration de la peau. Il existe en outre dans chaque creux sus-claviculaire une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, également rénitente, légèrement bosselée, présentant tous les caractères du pseudo-lipôme.

Les veines superficielles sont apparentes, la circulation paraît moins active.

Rien au cœur, rien dans les urines. Sous l'influence des antispasmodiques et du valérianate de zinc et après un séjour de quelques semaines à Cannes, œdème et pseudo-lipome ont disparu complètement.

OBSERVATION II

(D^r Desnos, *Mémoire à la Société de médecine*, du 13 février 1891).

Mme X..., âgée de 63 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires ou personnels caractéristiques. Elle vit ses souffrances commencer il y a six ans par une cystite qui s'accom-

pagna de douleurs dans quelques articulations. Cystite et douleur cessèrent bientôt. Six mois plus tard, les douleurs reparurent dans un grand nombre d'articulations, y comprises celles de la mâchoire inférieure. L'administration du salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour pendant un an resta sans effet. En 1886, Mme X., entra dans le service de M. Laboulbène et y resta deux mois. Toutes ses articulations étaient malades. Il y avait aussi de l'œdème des cou-de-pieds et des genoux, ainsi que des doigts, très augmentés de volume et immobilisés dans l'extension. Il y avait en outre dans chaque creux sus-claviculaire un pseudo-lipome légèrement douloureux à la palpation.

La malade déclare que M. Calbet, alors élève chez M. Laboulbène, en a un souvenir très net, sous l'influence d'applications répétées de vésicatoires sur les deux genoux, de grands bains alcalins très chauds, du bromure de potassium et surtout du repos. Mme X... sortit améliorée, mais non guérie. Le gonflement, l'œdème avaient diminué, mais il y avait déjà des déformations des orteils et des doigts qui se sont encore accentuées depuis cette époque.

Il y a un an, à la suite de la perte de son mari, elle vit réapparaître des douleurs très intenses dans toutes les jointures primitivement atteintes. Tout mouvement devient impossible, l'œdème augmente de nouveau. Elle garde le repos au lit pendant six mois, atténuant ses douleurs à l'aide de liniments et se décide à rentrer de nouveau à l'hôpital, où elle est placée dans mon service au mois de juillet dernier.

L'habitus de la malade est spécial. Elle est étendue dans son lit, les avant-bras en demi-flexion, les mains sur sa poitrine. Tous les mouvements étant difficiles et douloureux,

elle garde autant que possible une immobilité complète. Les mains offrent des déformations propres au rhumatisme nouveau. Les doigts présentent en outre un certain degré de sclérodactylie, résultat de l'action du rhumatisme sur le tissu cellulaire sous-cutané. Il est impossible à la malade de se retourner seule dans son lit, elle ne peut qu'à demi s'asseoir, ne peut renverser la tête en arrière pour regarder ce qui se passe au-dessus de sa tête. Les mouvements de la mâchoire eux-mêmes sont limités, l'ouverture de la bouche à son maximum est très restreinte. Ce sont là des phénomènes consécutifs aux lésions des articulations de la colonne vertébrale et de l'articulation temporo-maxillaire.

Mais les changements survenus dans les membres supérieurs et inférieurs sont encore plus remarquables. Les membres inférieurs présentent des déformations spéciales, affectant surtout les pieds et les orteils. Les deux pieds, dans leur ensemble, sont déviés en dehors. Les orteils le sont également par rapport à l'axe des métacarpiens. Du côté gauche, ils sont dans l'extension modérée. Du côté droit, au contraire, les quatre derniers sont dans l'extension forcée.

En outre, et c'est le point sur lequel nous insistons surtout, les jambes et les genoux sont très œdématiés. L'œdème qui occupe les pieds, les jambes et les genoux, plus marqué à gauche qu'à droite est dur, ne recevant que très difficilement l'empreinte du doigt, même par une pression forte. La peau est jaune pâle, unie. Cet œdème ne ressemble en rien à celui qu'on observe dans la néphrite ou dans les affections cardiaques. Il est un peu moins dur peut-être que celui de l'éléphantiasis. D'autre part, il n'est pas uniformément réparti. Certes les deux jambes sont enflées dans leur totalité,

mais le gonflement est plus marqué en trois points déterminés, à savoir :

1° Le cou-de-pied. Au niveau de l'interligne tibio-tarsienne, on voit une tuméfaction très accentuée formant bourrelet et n'ayant pas plus de 3 centimètres de hauteur.

2° Il est séparé par un sillon circulaire d'un second bourrelet, un peu plus haut que le premier et qui se termine à 11 centimètres de la malléole interne.

3° Enfin les deux genoux sont très augmentés de volume, et cette augmentation est surtout due à l'épaississement des tissus péri-articulaires. Au niveau du cul-de-sac sous-bicipital, la peau présente un relief très marqué, comme s'il y avait dans la synoviale du genou une grande quantité de liquide, alors qu'en réalité il en existe à peine.

Les cuisses sont volumineuses, mais ne sont pas œdématisées. A part la douleur, la sensibilité est conservée intacte dans ses différents modes.

Du côté des membres supérieurs, on trouve des lésions, mais moins marquées. Les doigts, qui ont été très œdématisés, présentent actuellement leur volume normal. La peau de leurs extrémités, au voisinage de l'ongle, est fine et amincie. Il y a, comme je l'ai dit, un certain degré de sclérodermie. Les premières articulations phalangiennes sont un peu augmentées de volume. Le médius droit est légèrement dévié au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, présentant une concavité externe. Le carpe est légèrement augmenté de volume. L'avant-bras a son volume normal, il n'est pas œdématisé. Le coude l'est un peu. Par la palpation on sent, en faisant exécuter quelques mouvements, de la crépitation due à l'existence de quelques grains rizi-formes dans l'articulation. En outre, un peu au-dessous de

l'olécrane, le long du bord du cubitus, existent de chaque côté deux nodosités sous-cutanées. Elles ont été beaucoup plus volumineuses ; elles tendent maintenant à disparaître.

Les fosses sus-claviculaires sont libres. Il n'y a plus de traces de pseudo-lipomes.

Il n'existe du côté du cœur ni troubles fonctionnels, ni bruits anormaux. Les urines ne contiennent pas de traces d'albumine. Il en est rendu 500 grammes par jour.

L'œdème et le rhumatisme caractérisé par des douleurs horribles des articulations, arrachant des cris à la malade, la privant de sommeil, spontanées ou provoquées par le moindre mouvement, par le poids des couvertures, l'empêchant absolument de sortir du lit et à plus forte raison de marcher, avaient résisté aux médications les plus variées, au salicylate de soude, à l'antipyrine, au colchique, d'ailleurs mal toléré par l'estomac, aux sachets de sable chaud.

La malade a été soumise aux applications des boues sulfatées de Dax, réchauffées avec de l'eau de Dax portée au bain-marie à de hautes températures. Les boues réchauffées étaient appliquées directement en couches épaisses sur la peau pendant 24 heures, durant les huit à dix premiers jours. Le matin, on les enlevait par le lavage, puis on en étendait de nouvelle de la même manière. Dans la dernière moitié du traitement qui dura vingt-cinq jours, les applications n'étaient plus que de douze heures sur vingt-quatre, la malade trouvant que leur continuité absolue la fatiguait trop. Elles furent interrompues au bout de ce temps pour deux raisons. D'abord la malade disait qu'elle éprouvait dans les jointures des douleurs, une sensation de pesanteur insupportable. La seconde raison c'est que ce traitement devenait très onéreux. Les résultats obtenus ont été satisfaisants. L'œdème a diminué

dans de grandes proportions ainsi que le démontrent les mesures données plus bas. Les douleurs spontanées ont disparu. La malade peut se tenir debout sans trop souffrir. Les mouvements du pied sont redevenus possibles, plus étendus à gauche qu'à droite, alors qu'avant le traitement ils étaient impossibles.

Les mouvements qui se passent dans les genoux sont plus faciles, mais encore un peu douloureux. On perçoit quelques légers craquements. Pas de liquide dans l'articulation.

Voici maintenant les mesures prises aux membres inférieurs avant et après le traitement. La mensuration, chez une femme grande et vigoureusement constituée, donnant, à la partie moyenne du genou, 35 centimètres de pourtour, à la partie moyenne de la jambe, 31 centimètres, et à l'articulation tibio-tarsienne, 24 centimètres, on trouvait avant le traitement : au genou droit, 49 centimètres et au genou gauche 48 ; au milieu de la jambe droite, 37 et à gauche 38 ; enfin au niveau des chevilles, 37 centimètre à droite et 36 à gauche. Après le traitement, au 29 décembre, le genou n'offre plus que 41 centimètres à droite et 43 à gauche ; la jambe, à sa partie moyenne, a seulement 31 centimètres à droite et 33 à gauche. Enfin au niveau des chevilles, 23 centimètres à droite et 31 à gauche.

Depuis cette date, la diminution s'est encore accentuée. L'œdème non seulement diminue, mais devient moins résistant. En somme, cette malade, quoique améliorée, est encore loin d'être guérie. Elle est encore bien impotente, mais peut-être la guérison eût-elle été obtenue si le traitement avait pu être continué. »

Depuis déjà plusieurs jours on essaie le massage les résultats obtenus jusqu'à présent permettent de bien augurer

de son application. La malade sent un mieux sensible, elle peut faire mouvoir ses articulations sans éprouver de douleur bien vive, l'œdème continue à se résoudre. On peut, sans trop se hasarder, prévoir la disparition prochaine de l'œdème.

OBSERVATION III (1).

Œdème rhumatismal de la région sus-claviculaire.

Mme X..., 45 ans.

Antécédents héréditaires goutteux.

Antécédents personnels. — A souffert elle-même de coliques néphrétiques, qui alternent avec de la bronchite catarrhale, avec crises d'asthme ou de la névralgie sciatique.

Sans motifs ni causes connus, apparition assez rapide dans les deux régions sus-claviculaires, d'un empâtement, léger d'abord, qui augmente progressivement, et qui finit par déformer, d'une manière bizarre, la région du cou. Le gonflement a une forme triangulaire, à base inférieure rasant la clavicule. Par la palpation, on a une sensation de mollesse, sans que les doigts puissent cependant imprimer leur empreinte dans les tissus, comme dans l'œdème ordinaire. Au moment des règles, le gonflement augmente puis diminue. Il ne gêne en rien la déglutition, ni la phonation, mais inquiète beaucoup la malade.

1. Les trois observations suivantes, recueillies par M. le docteur Feredet, professeur à l'école de médecine de Clermont, nous ont été communiquées par M. le docteur Desnos.

OBSERVATION IV.

La fille de la dame qui est le sujet de l'observation précédente, jeune personne de 20 ans, bien constituée, offre des antécédents arthritiques également du côté paternel. Elle présente, comme sa mère, un œdème sus-claviculaire des deux côtés, un peu moins volumineux, et donnant à la vue et à la palpation des sensations identiques. Cette jeune fille souffre fréquemment de névralgie faciale et son urine contient de l'acide urique en excès.

OBSERVATION V.

Mme X..., âgée de 40 ans, atteinte de diathèse urique. Hérédité : pas de manifestations rhumatismales ancrées. Comme les précédentes, elle présente une tumeur œdémateuse, mais dont le siège est différent. Elle occupe le creux de l'aisselle du côté gauche et déforme visiblement la poitrine.

M. le docteur Feredet a soigné ces trois malades pendant un séjour de trois semaines qu'elles ont fait à Royat. En dehors du traitement général alcalin qu'il a constitué pour combattre la diathèse arthritique, il a conseillé l'emploi du massage. Au bout de quinze jours, il a constaté une légère diminution de l'œdème, mais pas la disparition absolue.

L'année suivante, il a vu la troisième malade, dont la tumeur œdémateuse était encore apparente, mais qui avait beaucoup diminué.

PSEUDO-LIPOMES

Après l'œdème rhumatismal, on doit étudier des tumeurs de même nature qui se rencontrent souvent chez les arthritiques et auxquelles M. Verneuil en 1873 a donné le nom de pseudo-lipomes sus-claviculaires. Quelque temps auparavant, M. le professeur Potain avait constaté cette maladie à l'hôpital Necker et il en avait fait l'objet d'une clinique. Cédant aux instances de M. Verneuil, il consentit à publier ce qu'il en savait.

Au mois d'octobre 1882 M. Potain, dans un mémoire lu à l'académie, mémoire dont on trouve l'analyse et quelques extraits dans la *Gazette hebdomadaire* du même mois, fit une description exacte du pseudo-lipome ; nous ne pouvons pas mieux faire que la citer, elle répond à la majorité des cas. « Dans l'une des régions sus-claviculaires ou plus souvent sur toutes deux, on remarque une saillie qui transforme la dépression habituelle à cette place, en une convexité dont le relief peut s'élever de deux et même trois centimètres au-dessus du plan des parties voisines.

Ovoïde ou triangulaire, avec des bords mal limités, des angles mous et des contours indécis pour l'œil comme pour le toucher, cette saillie est comprise dans l'espace

laissé libre entre la clavicule, le bord du trapèze et celui du sterno-mastoïdien.

Elle ne s'accompagne d'aucun changement de coloration à la peau ; elle n'est ni dure ni fluctuante, ni susceptible de garder l'empreinte du doigt, comme le font les parties œdémateuses. Elle est élastique, et sa palpation qui d'ailleurs n'est aucunement douloureuse, ne donne d'autre sensation que celle qu'on éprouve en touchant quelque région riche en tissu adipeux, telle que la paroi abdominale de la femme ou d'un sujet quelque peu obèse ».

Le pseudo-lipome peut déborder ses limites du creux sus-claviculaire et s'avancer par dessus la clavicule jusque sur la partie supéro-antérieure de la poitrine,

Quoique siégeant de préférence dans la région indiquée, les pseudo-lipomes offrent, de même que l'œdème rhumatismal, des localisations multiples. On les trouve sur les côtes du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles ou, plus exceptionnellement, au-dessous des bases occipitales, aux régions temporales, parotidiennes, sous-maxillaires, deltoïdiennes, enfin dans la plupart des points où un tissu cellulaire lâche et habituellement grasseux est plus susceptible de se charger de graisse et de sérosité.

Les gens atteints de pseudo-lipomes présentent souvent un boursoufflement des mains qui constitue la main à fossettes et qui n'est autre chose que de l'œdème rhumatismal chronique. Il n'est pas rare de rencontrer aussi des tuméfactions œdémateuses dans d'autres parties du corps. Pour M. Potain, la nature de l'œdème rhumatismal

et des pseudo-lipomes est identique, les deux sont constitués par une infiltration séreuse, infiltration circonscrite dans le pseudo-lipome. Mais il admet qu'avec le temps le pseudo-lipome peut se transformer en lipome vrai. Ainsi s'expliquerait l'opinion de Verneuil qui considère cette tumeur comme due à une accumulation circonscrite du tissu adipeux.

Les caractères cliniques que nous avons reconnus à l'hypercrinie du tissu cellulaire peuvent aussi se rencontrer dans cette variété d'œdème circonscrit. Le pseudo-lipome le plus souvent est dur et il est très difficile, sinon impossible, d'y reproduire, par une pression énergique du doigt, la cupule caractéristique.

Dans certains cas, c'est l'absence d'un plan résistant subjacent à l'œdème qui empêche la formation de cette cupule, comme il arrive dans le pseudo-lipome sus-claviculaire ; mais si on exerce la pression au niveau de la clavicule même, on peut l'obtenir, comme le faisait remarquer à M. Potain une de ses malades.

Mais à côté de cette tumeur dure, on trouve quelquefois des tumeurs molles et dépressibles. L'explication que nous avons donnée de ces deux modalités, à propos de l'œdème rhumatismal chronique, est bonne également ici, puisque nous considérons le pseudo-lipome comme une variété d'œdème.

La durée de la manifestation rhumatismale que nous étudions peut être éphémère, ou persistante pendant des jours, des mois, des années. Elle a cela de commun avec beaucoup de manifestations de nature arthritique.

NODOSITÉS RHUMATISMALES.

La diathèse arthritique se manifeste dans le tissu cellulaire sous-cutané sous une troisième forme que l'on désigne sous le nom de nodosités rhumatismales, nodosités cutanées éphémères de Féréol, nodosités rhumatismales sous-cutanées de Troisier. Jaccoud est un des premiers qui ait attiré l'attention sur cette affection (pathologie interne) puis Troisier et Brocq en ont donné une description exacte. De nombreux renseignements sont dûs également à Meynet et Féréol.

On distingue deux types de nodosités : 1° le type Féréol (nodosités cutanées éphémères) et le type Meynet (nodosités rhumatismales sous-cutanées).

Dans la première variété, les petites tumeurs siègent habituellement au front : elles y forment des saillies souvent mal délimitées, sans changement de coloration de la peau, tout à fait indolentes même à la pression, sans démangeaisons, ni picotements ni chaleur ; elles varient comme grosseur, de celle d'une noisette à celle d'un petit pois, et ne sont jamais très nombreuses ; quelquefois on ne peut en découvrir qu'une seule ; plus souvent il y en a deux ou trois, rarement davantage. Elles sont mobiles avec la peau sur les parties profondes, dans quelques cas elles semblent cependant adhérer au périoste.

D'après M. le docteur Féréol, elles apparaissent pendant le sommeil sans que leur formation s'accompagne du moindre malaise, du moindre phénomène douloureux. Elles sont réellement éphémères, car, au bout de quelques heures de durée, d'un jour au maximum, elles s'évanouissent, pour se reproduire bientôt.

2° Nodosités rhumatismales sous-cutanées (Type Meynet).

Cette dernière variété est de beaucoup la plus commune. Elle est constituée par de petites tumeurs sous-cutanées formant des saillies plus ou moins prononcées, ressemblant tout-à-fait à des gommès ou à des exostoses syphilitiques. Les téguments glissent librement sur elles : c'est à peine si dans quelques cas fort rares, ils leur adhèrent un peu, et ce sont là des faits de passage entre la première et la seconde variété. A leur niveau, la coloration de la peau n'est nullement modifiée ; elle paraît cependant un peu plus pâle que sur les parties voisines, peut-être parce qu'elle est distendue.

A la palpation elles donnent une sensation de résistance et de dureté élastique tout-à-fait spéciale. En les pressant entre les doigts, on ne réussit pas à les faire disparaître, et l'on voit, quand on leur imprime des mouvements de latéralité, qu'elles sont mobiles sur les tissus profonds. Cette dernière particularité est facile à percevoir lorsque ces nodosités siègent autour des articulations, dans les aponévroses, les tendons ou les ligaments péri-articulaires ; lorsqu'elles siègent dans le péri-crâne, il faut les explorer avec beaucoup d'attention pour constater qu'elles

sont réellement un peu mobiles sur les os sous-jacents. Il est d'ailleurs on ne peut plus facile de les découvrir dans le cuir chevelu : quand on pose la main à plat sur la tête, elles donnent à travers les tégumens la sensation de petites bosses dures, disséminées çà et là, et je le répète, on pense tout d'abord à des exostoses. Elles sont dans quelques cas indolentes ; mais le plus souvent elles sont douloureuses à la pression.

Leur volume est très variable : tantôt elles ont les dimensions d'un petit pois, tantôt celles d'une amande ; elles sont rarement ovoïdes, plus souvent sphériques ; elles sont nettement circonscrites. Leur apparition n'est signalée par aucun phénomène particulier : elles s'accroissent parfois très rapidement, parfois, au contraire, avec beaucoup de lenteur. Elles ne sont pas aussi fugaces que les nodosités de la première catégorie ; elles restent presque toujours stationnaires au moins pendant quelques jours et même pendant des semaines entières, puis elles diminuent peu à peu et disparaissent enfin complètement sans laisser aucune trace de leur existence. Il est de règle d'en observer plusieurs poussées successives. Leur durée varie donc de quelques jours à trois ou quatre semaines, on en a vu persister pendant plus de deux mois.

Leurs sièges de prédilection sont les régions péri-articulaires : coude, genou, poignet, cou-de-pied, articulations de la main, etc., et les tissus fibreux qui recouvrent les os superficiels, rotule, malléoles, cubitus, omoplate, crête iliaque, os de la main, mais surtout os du crâne, frontal

et occipital en particulier. Le plus souvent elles sont isolées, discrètes, bien distinctes les unes des autres ; dans quelques cas rares, on les a vues devenir confluentes. Elles sont parfois très nombreuses.

Les observations qui vont suivre se rapportent à des cas de pseudo-lipomes et de nodosité rhumatismales.

OBSERVATION I (*Personnelle*).

Mme H..., âgée de 41 ans, cuisinière, service du docteur Desnos, hôpital de la Charité, lit 4.

Antécédents héréditaires. — Pas de trace de rhumatisme ni chez le père, ni chez la mère.

Un de ses frères a eu des douleurs au genou.

Antécédents personnels.

Il y a dix ans, première attaque de rhumatisme au poignet droit. Gonflement énorme de la main et de l'avant-bras ; les douleurs sont intolérables, la fièvre est intense, la peau est rouge, violacée. La poussée aiguë dure environ trois mois, mais des douleurs sourdes persistent pendant un an. On lui appliqua des vésicatoires et son bras fut placé dans l'immobilité.

La malade présente aujourd'hui plusieurs signes de l'arthritisme : dystrophie des onglés, oignons, cors et durillons. Les gros orteils sont déviés en dehors ; les jambes présentent des varices. On constate en même temps de nombreux signes d'intoxication alcoolique, tels que pituites le matin exagération des réflexes plantaires, sommeil troublé par des cauchemars, etc.

La malade est entrée au mois de novembre dernier à l'hôpital pour une douleur au cou-de-pied gauche qui l'empêche marcher, la fatigue provoquait un gonflement considérable.

Le début de cette attaque date de un an ; des bains sulfureux, des vésicatoires, des frictions calmantes n'ont pas pu en triompher. Toutefois, par le repos, le gonflement du pied a disparu.

Mme X..., présente, en outre, à la cuisse gauche, vers le milieu de la région externe, une tuméfaction qui a commencé à se former il y a six ans sans jamais provoquer de douleur et a grossi petit à petit. Cette tumeur n'est autre chose qu'un pseudo-lipome dont elle a tous les caractères.

Si on examine les régions sus-claviculaires, on y trouve deux petites tumeurs qui sont également deux pseudo-lipomes.

Nous trouvons aussi chez notre malade les mains à fossettes produites par un boursoufflement du tissu cellulaire.

Les médications employées (bains de vapeur, salicylate) n'ont pas encore fait diminuer les tumeurs oedémateuses.

OBSERVATION II

(De M. le professeur Verneuil).

Malade qui a passé la quarantaine, bien constituée qui, dans une chute, s'est donnée une entorse grave de l'articulation scapulo-humérale gauche pour laquelle elle vient consulter.

Bonne santé habituelle, mais souffre de temps en temps de névralgies ; dans sa jeunesse elle a eu de fortes migraines et rendait souvent des urines chargées d'acide urique.

Traitement de l'arthrite par les résolutifs, immobilisation, puis retour des douleurs, d'où nouvel examen qui montra à côté des lésions de l'arthrite la présence d'une tumeur nota-

ble dans le triangle sus-claviculaire correspondant. Cette tumeur était indolente à une pression modérée, d'une consistance uniforme, molle ou à peine élastique et plus comparable à un lipome qu'à toute autre production pathologique.

Du reste, l'autre région sus-claviculaire qui n'était nullement blessée présentait une déformation siégeant au même lieu et offrant, moins la sensibilité au toucher, exactement les mêmes caractères.

OBSERVATION III

(Verneuil).

M..., pharmacien, 34 ans, bien constitué, gros mangeur, embonpoint considérable, présente depuis quelques mois une tumeur siégeant sur le côté gauche du cou. Le triangle sus-claviculaire était le siège d'une saillie considérable se confondant en arrière avec le bord supérieur du trapèze et atteignant presque en avant le bord postérieur de la clavicule. Son diamètre transversal, plus long que l'autre, mesurait bien près de 7 centimètres. Cette masse était plus ou moins saillante sur les attaches des bras. On eût pensé qu'il existait là une tumeur solide et circonscrite, enfouie dans le pannicule adipeux et cependant le toucher ne percevait rien de semblable. On rencontrait une masse molle rénitente, élastique, confondue avec la peau, se déplaçant avec elle dans une petite étendue, mais n'ayant aucune adhérence avec les parties profondes.

OBSERVATION IV (résumée).

(D^r Millican, *The lancet*, 1882).

Homme, 53 ans, chute il y a quinze jours ; depuis lors, cou raide. Deux tumeurs élastiques dans les régions sus-claviculaires.

Le patient est d'une constitution nettement rhumatismale, ayant souffert de douleurs rhumatoïdes dans les membres et les jointures depuis plus de trente ans, mais il n'a eu ni rhumatisme aigu, ni iritis rhumatismal. Il a eu de fréquentes attaques de lombago et il y a des signes d'arthrite rhumatismale chronique dans les articulations métacarpo-phalangiennes et dans le genou droit. Craquement des jointures.

La peau se meut librement sur les deux tumeurs sans changement de coloration. Celle du côté droit est plus petite.

Il y a de l'œdème des deux jambes ; mais il n'y a pas de tumeurs semblables, œdémateuses ou lipomateuses dans aucune autre région. L'urine ne contient ni albumine ni sucre.

OBSERVATION V

(D^r Chertier, *Gazette hebdomadaire*, 1 883).

Femme, 77 ans, bonne santé habituelle ; pas de rhumatisme articulaire. En 1880, névralgie sciatique ; deux ans après, polyadénite cervicale droite avec suppuration. Deux mois après, gonflement de toute la face qui, en quelques

jours, devient très tuméfiée ; godet à la pression, peau rouge, luisante ; quelques semaines plus tard, œdème de la main droite qui gagne peu à peu le bras jusqu'à l'épaule. Douleurs lombaires occipitales. L'examen du cou fait constater deux tumeurs ayant les apparences du lipome, dans le triangle sus-claviculaire droit ; à gauche, une tumeur analogue. La peau à leur niveau est blanche, lisse.

L'œdème de la face diminue, puis disparaît. Œdème de la main et de l'avant-bras gauche, du pied gauche.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Les tumeurs du cou paraissent garder un volume constant ; mais les œdèmes ont été et sont encore mobiles.

Abcès rétro-pharyngien ; mort subite ; autopsie.

L'examen de la tumeur, fait par M. Suchard, montre que le tissu graisseux qui constitue ces masses est formé de cellules adipeuses normales, groupées en lobules, dont les parois sont des lames très minces de tissu conjonctif lâche : en aucun point de la périphérie des masses de graisse on ne trouve de capsule nettement limitée.

OBSERVATION VI.

Nodosités type Féréol. (Féréol).

Depuis plus de quinze ans, dit-il, j'ai observé à plusieurs reprises chez une dame, des nodosités superficielles qui se produisent du jour au lendemain sur la peau du front, où elles forment des petites bosses rondes, d'une dureté élastique, à contours très nets, sans changement de coloration de la peau, sans douleur aucune, même à une pression assez forte, sans démangeaisons, ni picotement, ni chaleur.

Ces nodosités, qui varient de la grosseur d'une noisette à celle d'un petit pois, ne sont jamais trop nombreuses. Quelque fois il n'y en a qu'une, d'autre fois deux ou trois, jamais davantage, et, quand il y en a plusieurs, elles sont souvent inégales et situées à des hauteurs différentes sans symétrie, elles sont mobiles avec la peau sur les parties profondes, du moins le plus souvent. C'est ordinairement au réveil que ces saillies se montrent. Elles ont pris naissances pendant le sommeil sans que la nuit ait été troublée par aucun malaise.

La première fois que je vis ces tumeurs, je pensai de suite à des gommès dont elles avaient tout à fait l'apparence.

La subite disparition de ces tumeurs, leur indolence absolue, ne donnaient guère de probabilité à cette hypothèse, mais leur évolution enleva toute espèce de doute. En 24 heures, elles avaient presque disparu, et le surlendemain il n'y en avait plus aucune trace.

La peau du front avait repris son aspect habituel, et il eut été impossible de soupçonner l'endroit où les grosseurs avaient apparu 48 heures auparavant.

Depuis 15 ans, j'ai bien observé 25 à 70 fois ce singulier phénomène, chez cette dame, qui est d'une assez bonne santé, mais de race athritique. Elle n'a jamais eu de rhumatisme jusqu'à présent, mais elle a un pityriasis rebelle du cuir chevelu, elle est sujette à des migraines très fortes, qui reviennent tous les mois, ou à peu près. Assez souvent, j'ai pu noter que cette singulière affection cutanée se manifestait au voisinage d'un accès de migraine, le lendemain, ou la veille, ou le jour même, mais plus d'une fois elle s'est manifestée en dehors de toute migraine.

Ces nodosités se distinguent de l'érythème noueux par l'absence de coloration de la peau.

OBSERVATION VII

(Docteur Brissaud). *Résumée.*

D., 17 ans, rhumatisme articulaire aigu généralisé en juin 1882. Un endocardite se déclare à la fin du premier septenaire, en même temps apparaissent quelques nodosités rhumatismales le long des tendons fléchisseurs du médius et de l'index.

Trois semaines après sa sortie de l'hôpital, il lui survint cinq ou six tuméfactions qui occupaient la région occipitale gauche et simulaient une périostite syphilitique gommeuse.

La région sous occipitale présentait également plusieurs de ces nodosités oblongues, résistantes, légèrement mobiles sous la peau, indolentes. Le malade avertit lui-même le médecin qu'il avait encore d'autres glandes semblables, un peu partout : ainsi dans les deux creux axillaires, on trouvait une masse de glandes volumineuses et pressées. C'étaient bien en effet des glandes, en apparence du moins, car la localisation, la forme, la mobilité, rappelaient entièrement une adénopathie de l'aisselle comme on en voit dans l'adénie. Les régions inguinales présentaient une pléiade de gros ganglions non douloureux, nullement adhérents et de consistance moyenne.

OBSERVATION VIII.

(Résumée D^r. Meusnier (congrès, Blois).

X. 72 ans arthritique n'a jamais eu d'attaque franche de rhumatisme, mais elle eut des douleurs vagues pendant longtemps. Il y a deux ans, rhumatisme aigu léger au cours duquel deux petites tumeurs apparurent dans le creux poplitée gauche, mobiles, indolentes, puis il en vint d'autres sur tout le membre inférieur, sur le bras et l'avant-bras du même côté. Consistance dure, mobiles, paraissant avoir des rapports avec le périoste. Elles étaient toutes sous-cutanées. La malade se souvient d'une poussée qu'elle aurait eue il y a 30 ans et qui aurait duré assez longtemps.

PARALLÈLE DES OEDÈMES DU RHUMATISME AIGU
ET DU RHUMATISME CHRONIQUE

Sans rien préjuger sur l'étiologie et la cause première des rhumatismes aigus et chroniques, sans prendre parti pour la doctrine qui fait du rhumatisme aigu une fièvre infectieuse, sous le nom de polyarthrite fébrile, absolument distincte du rhumatisme chronique, ou pour celle qui fait cliniquement remarquer la similitude des manifestations de ces deux maladies au point de conclure à leur identité, nous ne saurions terminer ce travail sans établir un parallèle entre les œdèmes que l'on rencontre dans le rhumatisme aigu et ceux du rhumatisme chronique. Ce parallèle nous permettra d'établir le diagnostic entre ces deux sortes d'œdème.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, les œdèmes empruntent à la maladie qui les cause son caractère d'acuité, sa réaction fébrile générale. Ici l'œdème est essentiellement brusque et passager. En est-il de même dans le rhumatisme chronique ? Non, le plus souvent. Les œdèmes du rhumatisme chronique ne sont pas généralement accompagnés de symptômes généraux bruyants, leur durée est moins éphémère et leur disparition moins brusque. Gardons-nous toutefois de trop schématiser et de séparer trop nettement les œdèmes rhumatismaux. Nous

nous exposerions à recevoir de trop nombreux démentis cliniques, car le rhumatisme chronique est riche en manifestations de capricieuse allure et de caractère insaisissable. Dans cette affection, nous pouvons observer des œdèmes rapides, véritablement aigus quant à leur marche, que nous serions embarrassés de classer si l'histoire pathologique de malades qui en sont atteints ne fixait définitivement notre diagnostic. La similitude surtout peut devenir frappante dans les poussées subaiguës du rhumatisme chronique.

PATHOGÉNIE DE L'ŒDÈME RHUMATISMAL

Parler de la pathogénie de l'œdème rhumatismal, c'est aborder un problème fort difficile à résoudre qui a déjà attiré l'attention de plusieurs auteurs et dont la solution est encore à trouver. Nous n'avons pas la prétention de trancher la question définitivement, nous nous contenterons d'indiquer l'hypothèse qui, d'après l'état actuel de la science, paraît la plus probable. Je m'appuierai sur les idées professées principalement par M. le docteur Lanceraux, idées qui trouvent de plus en plus de nombreux adhérents.

L'œdème rhumatismal est un trouble trophique d'origine nerveuse. M. Potain avait déjà fait remarquer l'influence qu'avait le système nerveux dans la formation des œdèmes, et il cite le cas où un simple trouble réflexe, d'origine utérine, avait produit une tuméfaction œdémateuse.

L'œdème rhumatismal fait partie du groupe considérable des désordres trophiques que l'on rencontre chez les arthritiques et qui frappent la peau, le système pileux, le tissu conjonctif, les aponévroses, les articulations, les muscles, la sensibilité, la calorification et les sécrétions. La peau change de coloration, elle est rouge ou pâle,

souvent atrophiée, lisse surtout au niveau des doigts, d'un aspect vernissé. Quelquefois elle est atteinte de sclérodémie et de productions épidermiques telles que les durillons et les cors. Des éruptions diverses (érythèmes, phlyetènes, herpès, pemphigus) qui souvent suivent le trajet d'une branche nerveuse, peuvent s'y produire. Les ongles sont aussi fréquemment atteints et tombent après être devenus ternes, cassants et volumineux. Citons encore un autre trouble trophique fréquent portant sur le système pileux, la calvitie des arthritiques.

La lésion des os, des aponévroses (maladie de Dupuytren), les arthropathies diverses, sont toujours considérées comme des désordres de nutrition, résultant d'une lésion anatomique ou d'un trouble fonctionnel d'ordre nerveux. Pourquoi donc, raisonnant par analogie, l'œdème faisant partie du groupe des désordres trophiques, n'accuserions-nous pas comme hypothèse presque certaine de sa pathogénie les lésions des cordons nerveux ? Les preuves que M. Lanceraux a données pour expliquer ces divers troubles trophiques, peuvent s'appliquer à notre cas. Les unes sont cliniques et sont fournies par les maladies qui, avec des lésions anatomiques des éléments nerveux, amènent les troubles trophiques que nous avons énumérés plus haut comme survenant dans le rhumatisme chronique. Les travaux de M. le professeur Charcot sur le *décubitus acutus* dans les maladies des centres nerveux et sur les arthropathies du tabès, sont à eux seuls suffisants pour étayer notre thèse. L'observation de M. Chalot, que rapporte M. Lanceraux, et où il survient

chez un malade des lésions trophiques analogues à celles du rhumatisme chronique, à la suite d'une blessure des nerfs de la main, est encore très démonstrative.

L'observation clinique nous montre en outre quelques cas où la section de certains nerfs a provoqué des tuméfactions œdémateuses analogues en tous points aux œdèmes rhumatismaux, tantôt molles et dépressibles, tantôt dures, tantôt présentant les apparences d'une infiltration séreuse simple, tantôt d'une hydrophlegmasie. Parfois la contusion simple d'une branche nerveuse a suffi pour engendrer l'hypercrinie du tissu cellulaire.

L'œdème qu'on rencontre quelquefois chez les hystériques, l'œdème des paralysies, l'œdème dans la névralgie du trijumeau, les œdèmes par intoxication, relèvent tous d'un désordre nerveux, fonctionnel ou matériel, probablement aussi nous devons attribuer la même origine à l'œdème *a frigore*.

La clinique n'est pas la seule à venir à notre appui. L'histologie nous apporte un concours bien précieux. M. Lanceraux énumère les recherches de Kopp en Allemagne, de Pitres et Vaillard en France, dont les observations histologiques ont démontré l'existence de lésions réelles de névrite segmentaires dans les arthropathies rhumatismales et dans les troubles trophiques musculaires et sous-cutanés. Raisonnant par analogie, nous pouvons supposer que l'œdème reconnaît pour cause des lésions nerveuses et que tous les troubles trophiques sont dans le même cas. Mais il est à désirer, pour plus de certitude, que l'examen histologique nous démontre

l'existence de la névrite dans les diverses variétés d'œdème, nous aurons alors la certitude de l'opinion que nous avançons sur leur pathogénie.

Il ne manquait plus, après ces travaux analytiques, que de faire la synthèse de ces deux démonstrations pathogéniques. L'expérimentation est venue démontrer, d'une façon indéniable, ce que la clinique et l'anatomie pathologique avaient déjà fait considérer comme certain. Nous ne pouvons ici exposer, résumer même, les expériences de Schræder van der Kolk, de Joseph Max, de Fischer et tant d'autres. Ils ont réussi, par des lésions partielles des nerfs, à reproduire les désordres trophiques consécutifs aux altérations nerveuses. Bien que les troubles trophiques obtenus ne se rapportent pas directement à l'œdème, ils peuvent nous servir de puissants arguments. D'ailleurs, dans certaines circonstances, la peau est devenue œdémateuse et le siège de douleurs cuisantes.

Tout, donc, nous porte à considérer l'œdème rhumatismal comme un trouble trophique nerveux, comme tous les troubles trophiques qu'on peut rencontrer dans l'arthritisme.

La lésion nerveuse agit, dans la production de l'œdème, par le trouble qu'elle apporte dans les nerfs vaso-moteurs. Quand il y a paralysie des vaso-constricteurs, le sang afflue en plus grande quantité, de là infiltration séreuse dans les tissus environnants. L'œdème sera passager, ou durera plus ou moins longtemps selon le degré et la persistance de la lésion nerveuse. Si nous avons un simple trou-

ble fonctionnel, ou bien une lésion transitoire des cordons nerveux, nous obtiendrons des phénomènes passagers, éphémères : les œdèmes décrits par Chauvel et Négel, les nodosités sous-cutanées de Féréol. Les tuméfactions œdémateuses, de nature réflexe comme celle qui est citée par M. Potain, doivent reconnaître pour cause un trouble fonctionnel.

Les œdèmes chroniques, les pseudo-lipômes, les nodosités sous-cutanées rhumatismales durables tiennent probablement à une névrite périphérique.

L'œdème fébrile accompagné de symptômes inflammatoires du côté de la peau, tels que rougeur, chaleur, douleur, œdème que l'on trouve dans le rhumatisme articulaire aigu et quelquefois dans les poussées aiguës de rhumatisme chronique, doit reconnaître pour cause une névrite périphérique aiguë ou une congestion nerveuse. Les inflammations nerveuses peuvent être plus ou moins intenses, accompagnées plus ou moins d'inflammation de voisinage. Selon leur degré d'acuité, elles pourront donner lieu à l'œdème blanc indolore, à l'œdème blanc douloureux, à l'œdème pseudo-phlegmoneux. Souvent aussi des causes accessoires peuvent s'ajouter à l'action nerveuse et modifier l'aspect de l'œdème.

Reconnaissant que l'œdème relève d'un trouble nerveux et se manifeste chez les arthritiques, pourrions-nous indiquer dans quelles circonstances la diathèse rhumale lui donne naissance ? Les études étiologiques qui ont été faites jusqu'à ce jour sont encore fort incomplètes. Toutefois, on peut dire d'une façon générale, que, la fai-

blesse nerveuse résultant de la diathèse rhumatismale étant reconnue, toutes les causes qui peuvent agir d'une façon morbide sur les nerfs peuvent provoquer l'œdème. En tête de ces causes nous devons placer le froid et le traumatisme. Le traumatisme prend de plus en plus une place importante dans la pathologie nerveuse; nous avons l'œdème traumatique rhumatismal, comme il existe déjà une hystérie traumatique.

Viennent ensuite les émotions vives, l'état névropathique, les influences réflexes et certains état morbides qui peuvent particulièrement retentir sur l'appareil nerveux et triompher de sa faiblesse. La femme comme l'a reconnu M. Potain, est plus sujette que l'homme aux œdèmes rhumatismaux, précisément à cause du moindre degré de résistance de son système nerveux.

CONCLUSIONS

1° Le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique peuvent donner lieu à des manifestations portant sur le tissu cellulaire sous cutané et qui se traduisent par de l'œdème.

2° Les œdèmes sont bien de nature rhumatismale et ne peuvent être rattachés à une complication.

Ils peuvent simuler les phlegmons dans le rhumatisme aigu (pseudo-phlegmons), et quelquefois certaines tumeurs dans le rhumatisme chronique (pseudo lipomes, nodosités).

3° La pathogénie de ces œdèmes semble résider dans un trouble trophique d'origine nerveuse.

4° Ces œdèmes sont justiciables du traitement ordinaire des différentes affections rhumatismales et plus spécialement du salicylate de soude.

VU ;

Le président de la thèse

POTAIN

VU :

Le Doyen

BROUARDEL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le vice-recteur de l'académie de Paris

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Besnier.** Nodosités rhumatismales (dictionnaire encyclopédique, art. rhumatisme).
- Brissaud.** Nodosités rhumatismales (Revue de médecine, 1885).
- Comby.** OEdème aigu. Progrès médical, 1888.
- Chuffard.** Affections rhumatismales du tissu sous-cutané, Thèse d'agrégation de Paris, 1886.
- Chodorowski.** Contribution à l'étude des nodosités éphémères, (Thèse de Paris, 1882).
- Cabrevet.** Archives de physiologie, 1868. Arthropathies consécutives aux lésions du cerveau et de la moelle.
- Chalot.** Troubles trophiques à la suite de lésions nerveuses. Montpellier médical, 1876.
- Davaine.** OEdème rhumatismal (Thèse de Paris, 1879).
- Fernet.** Rhumatisme aigu (Thèse de Paris, 1865).
- Ferrand.** Exanthèmes rhumatismaux (Thèse de Paris, 1862).
- Jaccoud.** (Nodosités rhumatismales) Tr. de pathologie interne.
- Kirmisson.** Pseudophlegmon. Progrès médical 1875,
- Lancereaux.** Troubles trophiques du rhumatisme (Cliniques de la Pitié, 1800.
- Monneret.** (Traité de pathologie) art. rhumatisme.
- Meynet.** Nodosités sous cutanées durables (Lyon médical, 1875).
- Max.** Troubles trophiques provoqués. Arch. path. Anat. und physiol. 1887.
- Potain.** Mémoire à l'académie sur l'œdème chronique 1882.
- Pitres et Vaillard.** Névrites périphériques dans le rhumatisme chronique. Arch. de médecine, 1887.
- Testelin.** OEdème chez les arthritiques (Thèse, Paris 1884).
- Verneuil.** Pseudo-lipômes. Gazette hebdomadaire.
- Desnos.** OEdème rhumatismal. Bull. société médicale (13 février 1891).

